Rok XXXII. Kraków, 7. Października 1893. Nr. 40.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

Już starożytni autorowie nazywali zmysły wrotami duszy, gdyż zauważyli, że tylko to, co zmysłami spostrzegamy, względnie odczuwamy, staje się własnością naszego umysłu i dlatego wypowiadali zdanie: *Nihil in intellectu, quod non fuerit in sensu.* Jeżeli od działania zmysłów głównie zależy całe życie umysłowe człowieka, to bardzo łatwo z tego zrozumieć, jak ważną odgrywać będą rolę w objawach życia umysłowego wszelkie zboczenia, powstałe w zakresie działania zmysłów. Esquirol, jeden z najznakomitszych i najbardziej zasłużonych psychiatrów, żyjący w początku tego stulecia, podzielił w dziele swem: *Études cliniques des maladies mentales* zboczenia, o których mowa, na dwie grupy a mianowicie omamy (*hallucinationes*) i złudzenia (*illusiones*). Nazwa *hallucinatio* pochodzi od wyrazu greckiego ἀλύω, znaczącego odchodzić od rzeczy, t. j. oddalać się myślami od przedmiotu, czyli mówić niedorzeczności. Powstały ztąd wyraz łaciński *hallucinari*, znaczy pleść bajki, niedorzeczności, t. j. bredzić. Nazwa *illusio* pochodzi od wyrazu łacińskiego *illudo*, znaczącego wyśmiewać, żartować.

Omamami nazwał Esquirol wyobrażenia zmysłowe, powstałe bez działania żadnych przedmiotów zewnętrznych na narządy zmysłowe. Złudzeniami zaś zowie on wyobrażenia zmysłowe, powstałe wprawdzie skutkiem działania przedmiotów zewnętrznych, ale błędnie tłómaczone tak, że powstałe wyobrażenia nie odpowiadają danym przedmiotom.

Dotknięty omamami słyszy więc głosy i widzi osoby i inne przedmioty, które wcale nie istnieją w jego otoczeniu a więc słyszy i widzi to, czego nikt z osób otaczających nie słyszy i nie widzi; dotknięty złudzeniami nadaje słyszanym i widzianym przedmiotom rzeczywistym zupełnie inne znaczenie a więc słyszy i widzi inaczej, jak osoby otaczające. Jeżeli n. p. ktoś widzi na nagiej ścianie Chrystusa, Matkę Boską lub Świętych, to doznaje omamów zmysłowych. Jeżeli zaś ktoś, widząc obrazy i wizerunki rozwieszone na ścianie, powiada, że widzi n. p. rzeczywiste żywe ciało Chrystusa, Matki Boskiej i Świętych i spostrzega nawet ruchy tych osób, wtedy powiemy, że osoba ta łudzi się, t. j. ulega złudzeniom zmysłowym.

Esquirol usiłował ustanowić ścisłą granicę między omamami a złudzeniami a jako zasadniczą różnicę między oboma temi rodzajami zboczeń zmysłowych podał obecność jakiegoś przedmiotu zmysłowego w złudzeniach a brak tegoż w omamach. Dosłownie wyraża się Esquirol o tym przedmiocie w następujący sposób:

„Człowiek, który ma wewnętrzne przekonanie, że spostrzega jakiś przedmiot zmysłowy mimo, że żadnego takiego przedmiotu niema w jego otoczeniu, ulega omamowi, t. j. ma przywidzenia. Obłąkani często twierdzą, że widzą, słyszą i czują węchem, smakiem i dotykiem różne ciała, chociaż w ich otoczeniu niema przedmiotów, któreby sprawić mogły istotnie takie poczucie zmysłowe. T e n o b j a w j e s t z j a w i s k i e m c z y s t o d u c h o w e m a w i ę c m ó z g o w e m, z m y s ł y w c a l e n i e p r z y c z y n i a j ą s i ę d o j e g o w y t w o r z e n i a, gdyż powstaje nawet w tym razie, gdy odpowiednie zmysły nie są czynne, albo nawet wcale nie istnieją. Tak spotykamy głuchych, którzy sądzą, że słyszą, ślepych, którzy sądzą, że widzą i t. p. Dawniejsi lekarze dostrzegli ten objaw tylko w zakresie zapamiętanych wrażeń zmysłu wzrokowego i dlatego nazwali te zjawiska przywidzeniami, *visiones*. Bliższy rozbiór myśli obłąkanych, którzy także myślą i rozumują, dowodzi, że ten sam objaw zdarza się także w zakresie otrzymywanych dawniej i zapamiętanych wrażeń zmysłu powonienia, smaku, czucia, tak dobrze, jak zmysłu wzroku i to mnie skłoniło — dodaje Esquirol — do nadania temu zjawisku nazwy *hallucinatio* (omam). W iluzyi (złudzeniu) przeciwnie czucie obwodowych zakończeń nerwowych jest zmienione, t. j. pod-

wyższone, obniżone lub jakościowo zmienione *(perverti)*; zmysły są czynne a wrażenia istotnie przez nie otrzymywane pobudzają mózg do czynności. Ponieważ czynność ta zależy od wpływu myśli i namiętności, które głównie zajmują umysł obłąkanych, przeto chorzy ci mylą się w ocenianiu istoty i przyczyny rzeczywistych swych wrażeń zmysłowych".

Zastanówmy się teraz bliżej nad tym przedmiotem. Jak wiadomo, każdy zmysł przeznaczony jest do oddziaływania na pewne, sobie tylko właściwe podniety a czynność ta odbywać się może jedynie za pośrednictwem t. zw. zakończeń obwodowych tego zmysłu. Każdy zmysł pozbawiony swych zakończeń obwodowych przestaje być czynnym a w końcu zanika zupełnie. Są jednak pewne podniety, które działają na wszystkie utwory nerwowe i mogą pobudzić do czynności każdy zmysł, nawet bez pośrednictwa jego obwodowych zakończeń.

Podniety te nazywamy niewłaściwemi dlatego, że zmysły nie są właściwie przeznaczone do ich odczuwania możnaby je przeto nazwać także podnietami sztucznemi. Należą do nich podniety elektryczne, chemiczne, termiczne i mechaniczne. Ta sama podnieta działać będzie jednak inaczej na każdy zmysł i w każdym zmyśle sprowadzi skutek temu tylko zmysłowi właściwy, t. j. taki, jaki wywołuje podnieta dla danego zmysłu właściwa a więc w zmyśle wzroku poczucie światła lub barwy, w zmyśle słuchu poczucie tonu lub dźwięku, w zmyśle powonienia poczucie woni, w zmyśle smaku poczucie smaku.

Co się tyczy nerwów czuciowych, to zadrażnienie ich przez bodźce niewłaściwe sprawia najczęściej poczucie bólu, może jednak sprawić także poczucie odpowiednie danym nerwom czuciowym a więc poczucie ciepłoty, ciśnienia i t. p. Skutek działania tych bodźców niezwykłych i niewłaściwych może być niekiedy zupełnie taki sam, jaki sprawiają na odpowiedni zmysł bodźce fizyologiczne, czyli podniety właściwe dla danego zmysłu a wtedy powstanie w ośrodkach mózgowych podkorowych pewne poczucie, w ośrodkach zaś korowych odpowiednie temu wyobrażenie. Wyobrażenie to może niczem się nie różnić od wyobrażenia otrzymanego drogą prawidłową a powstałego sposobem zwyczajnym, t. j. fizyologicznym.

Ponieważ od dzieciństwa uczymy się odnosić wszystkie doznane wrażenia zmysłowe do przedmiotów zewnętrznych, bo od nich zwykle pochodzą podniety właściwe dla każdego zmysłu, przeto i w tym razie, gdy na różne części zmysłów naszych działać będą podniety niewłaściwe i gdy skutkiem tego doznamy pewnych wrażeń, odnosić będziemy te nieprawidłowo powstałe wrażenia także do świata zewnętrznego. Będziemy mieli w tym razie takie samo wrażenie, względnie poczucie i wyobrażenie, jakie otrzymujemy zwykle tylko od właściwych, t. j. fizyologicznych podniet, pochodzących od przedmiotów świata zewnętrznego a działających kolejno na całą zwykłą drogę przewodnictwa odpowiedniego zmysłu, począwszy od jego obwodowych zakończeń aż do jego ośrodków korowych.

Obrazy zmysłowe powstałe w ten nieprawidłowy sposób przez działanie podniet niewłaściwych, często wewnętrznych, t. j. w samym organizmie tworzących się, są nieraz podobne tak dalece do obrazów zmysłowych, powstałych w sposób prawidłowy, że ich od ostatnich wcale odróżnić nie można. Obrazy takie nie będą jednak wedle pojęcia Esquirola omamami zmysłowemi, gdyż te obrazy zmysłowe, jakkolwiek powstały bez działania przedmiotów świata zewnętrznego, są przecież skutkiem działania jakichś przedmiotów, działających jako podniety na narządy zmysłowe. Wedle Esquirola liczyć się one muszą do złudzeń zmysłowych, gdyż omamami nazywa on tylko te obrazy, które powstały bez żadnego działania zmysłów i są czystem tylko zjawiskiem duchowem a więc wytworem samej jedynie wyobraźni. Rozstrzygnąć całkiem stanowczo, czy w danym jakimś przypadku obrazy zmysłowe powstały skutkiem działania podniet niewłaściwych, t. j. wewnętrznych, na narządy zmysłowe, czy też bez tego działania, skutkiem czynności samej jedynie wyobraźni, nie jest rzeczą łatwą a często nawet niemożliwą.

Dlatego też przeciw przytoczonemu podziałowi Esquirola zboczeń w czynnościach zmysłowych na omamy i złudzenia, wystąpiło wielu psychiatów a szczególnie Niemców. Heermann (*Heidelberger Jahrbücher. 1837. Heft 12*) mówi: „Podział na omamy i złudzenia nie opiera się na istotnej różnicy, rozdziela bowiem zupełnie podobne i pokrewne a nawet całkiem jednakowe objawy. Złudzenia bowiem łatwo zmienić się mogą w omamy. Nie robiąc ścisłej różnicy między złudzeniami a omamami zmysłowemi, dzieli natomiast Heermann dotyczące zboczenia umysłowe wedle tego, gdzie jest ich źródło, a może ono być 1) zewnątrz ciała, 2) w obwodowych zakończeniach narządów zmysłowych, 3) w przebiegu pni nerwów zmysłowych, w mózgowym początku tych nerwów, t. j. w ośrodkach podkorowych danego zmysłu i 4) w miejscu tworzenia się wyobrażeń i myśli, t. j. w korze mózgowej.

Lazarus i Steinthal (*Zeitschrift für Völkerpsychologie und Sprachwissenschaft. 5. Tom*) dzieli zboczenia zmysłowe na 1) złudzenia (*illusiones*), mające swe źródło w zadrażnieniu obwodowych części nerwów zmysłowych, 2) omamy (*hallucinationes*), mające swe źródło w zadrażnieniu samych pni nerwów zmysłowych i ich ośrodków mózgowych, 3) przywidzenia (*visiones*), pochodzące od tak żywej wyobraźni, że powstaje zmysłowe spostrzeżenie pomyślanego przedmiotu.

Leubuscher (*Ueber die Entstehung der Sinnes-Täuschungen. Ein Beitrag zur Anthropologie. Berlin. 1852)* nie rozdziela ściśle omamów od złudzeń i wskazuje na podobieństwo tych zboczeń zmysłowych do snu, w którym także złudzenia łatwo zmieniają się w omamy, a to samo dzieje się wedle niego także w różnych stanach chorobowych, jak w upojeniu, znieczuleniu, w tyfusie i szaleństwie. Osobie, której się to tyczy, zdaje się n. p., że obraz wiszący na ścianie występuje z ram a postać wymalowana powiększa się do wielkości naturalnej przedstawionego przedmiotu i przychodzi do niej. Jest to z początku złudzenie tylko, ale postać ta zmienia potem swój kształt, staje się zupełnie inną, porusza się i okazuje się w końcu w innem miejscu, nie tam, gdzie wisi ten obraz i jest do wizerunku tego wcale niepodobną. W ten sposób złudzenie zmienia się w omam.

Griesinger opowiada o pewnej kobiecie, która patrząc w zwierciadło, spostrzegała w niem każdym razem nie swoją podobiznę ale świńską głowę. Hagen opowiada o jednym chorym, który uważał się czasami za dziewczynę, którą znał i kochał dawniej. Gdy spoglądał w szybę, zmieniał się jego wizerunek w podobiznę tej dziewczyny; podczas przeglądania się w zwierciedle zmiana ta nie następowała. Aby więc złudzenie mogło nastąpić, trzeba było w tym przypadku obrazu nie dość wyraźnego i nie dość wybitnego, jak to

zazwyczaj bywa przy wpatrywaniu się w szybę okna. Baillarger opowiada o pewnej kobiecie, która wpatrując się w jakikolwiek przedmiot, spostrzegała, że tenże zmienia się w głowę ludzką z iskrzącemi się i ruchliwemi oczyma, co widocznie było złudzeniem, zmieniającem się w omam. Hagen przytacza wiele przypadków podobnych, gdzie u umysłowo chorych widziane przedmioty przedstawiają się w najrozmaitszych i najdziwaczniejszych postaciach, n. p. worek zwykły jako krokodyl, zawieszony ręcznik jako pięknie rzeźbiona głowa Matki Boskiej, ustawione rzędem beczki jako ogromne zwierzęta drapieżne i t. p.

Hagen (*Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1868*) jest jednak tego zdania, że należy robić ścisłą różnicę między złudzeniami a omamami, jakkolwiek rozstrzygnięcie w tym względzie jest nieraz bardzo trudne, zwłaszcza, jeżeli zadraźnienie nerwów pochodzi od narządów wewnętrznych. W takim razie nazwać należy wedle Hagena złudzeniami zmysłowemi wszelkie poczucia zmysłowe, które mają swe źródło w zmianach odbywających się zewnątrz właściwych nerwów; omamami zaś wszelkie poczucia zmysłowe wywołane przez zmiany powstałe w nerwach samych.

Jeżeli blizna w kikucie uciska pień nerwowy u amputowanego, wtedy doznaje on uczucia bólu zupełnie takiego samego, jakiego doznawał dawniej, gdy przy utrzymaniu jeszcze kończyny, bodźce jakie działały na obwodowe zakończenia odpowiednich nerwów. Amputowany skarży się przeto, że czuje ból n. p. w palcu nogi, której już nie ma, bo zdaje mu się, że jak zwykle tak i teraz została zadraźnioną cała droga odpowiedniego nerwu czuciowego, począwszy od obwodowego jego zakończenia aż do należącego do niego ośrodka korowego. Tak samo ma się rzecz ze wszystkiemi zmysłami. Gdziekolwiekby w przewodnictwie danego zmysłu nastąpiło zadraźnienie, zawsze mieć będziemy takie uczucie, jakby cała droga tego przewodnictwa, t. j. od obwodowego aż do ośrodkowego korowego zakończenia jego zadraźnioną została i dlatego zawsze dane uczucie odniesiemy na zewnątrz, t. j. do świata zewnętrznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

Gdy w końcu XV. stulecia w rozmaitych krajach południowej i zachodniej Europy wybuchła nagminnie straszliwa choroba, nazwana wkrótce *lues*, po polsku zaś *kiłą* (przymiot), której istotę przez dość długi czas odgadnąć usiłowano napróżno, nie uszło wtedy baczności lekarzy ówczesnych, iż niekiedy chorobie tej ulegały noworodki i dzieci. Wobec jednak panującej w tych czasach wszechwładnie nauki Galena, która tłomaczyła pochodzenie wszystkich chorób z zanieczyszczenia głównych soków ciała, nie poznano długo istotnego charakteru i przyczyn powstawania kiły dziecinnej.

W pismach i dziełach więc dawniejszych syfilografów, opisujących wybuch nagminny kiły na schyłku XV. wieku, nie napotykamy zgoła żadnej wzmianki o przekazywaniu dziedzicznem choroby, z czego wypadałoby wnosić, że w owym czasie nie domyślano się wcale możliwości istnienia kiły dziedzicznej, wrodzonej, chociaż współcześni autorowie byli dokładnie obznajomieni z przebiegiem i cechami kiły. Wprawdzie nie ulega wątpliwości, że syfilografowie XV. wieku musieli dostrzegać kiłę u niemowląt, lecz, co prawda, tłómaczyli sobie powstawanie choroby drogą zakażenia się dzieci od kiłowych matek podczas karmienia piersią (Kasper Torella [1]), Jakób Cataneus [2]), Korneliusz Reiterius [3]), Jerzy Vella [4]), Jan Chrzciciel Montanus [5]), Widus Vidius [6]), Musa Brassavolius [7])). Inni zaś współcześni autorowie wcale nic nie mówili o sposobie powstawania choroby u niemowląt i dzieci; wśród nich np. Mikołaj Massa — opowiedziawszy o trzech przypadkach kiły spostrzeganej przez siebie u dzieci w wieku 3, 6 i 11 lat — bynajmniej nie wysnuwa ztąd żadnych przypuszczeń co do sposobu powstawania choroby; zadawalnia się natomiast zaprzeczeniem, iżby dotknięte kiłą dzieci mogły zarazić się przez spółkowanie lub karmienie piersią. Wymieniony autor pozostawia przeto wcale nierozstrzygniętą kwestyę pochodzenia kiły w opisanych przypadkach [8]).

W wielu późniejszych traktatach, szczegółowo opisujących kiłę i ogłoszonych w pierwszej polowie XIV. stulecia, napotykamy już gdzieniegdzie krótką wzmiankę o tem, iż kiłę niekiedy mogą przekazywać dziedzicznie potomstwu rodzice. I. B. Teodozyusz [9]) w r. 1540 obawia się, aby choroba wymieniona nie była dziedziczną, nie stara się atoli uzasadnić swej obawy stósownemi dowodami lub spostrzeżeniami. Znacznie wcześniej, bo jeszcze w r. 1527 I. Bothencourt [10]) stanowczo, aczkolwiek zbyt ogólni-

[1]) Caspar Torella. Tractatus cum consiliis contra pudendagram seu morbo gallico. Romae. 1497; Luisini Aphrodisiacus. 1728. I. str. 504. Torella powiada: „in pueris lactantibus prima infectio apparet in ore aut in facie, et hoc accidit propter mammas infectas aut faucium, aut os nutricis seu alicujus alterius; solent enim nutrices saepius infantes osculari...“.

[2]) Jacobus Cataneus. Tractatus de morbo gallico. 1505; Aphrodisiacus. 1728: „lac enim, cum ex sanguine generetur, malam sapit qualitatem in sanguine praeexistentem...“.

[3]) Cornelius Reiterius (1508), de morbo gallico opusculum: Aphrodisiacus. 1728.

[4]) Georgi Vellae Brixiensis, Physici de morbo gallico opusculum (1505); Aphrodisiacus. 1727. str. 205—218.

[5]) Joh. Bapt. Montanus (1550), Tractatus de morbo gallico; Aphrodisiacus. 1728.

[6]) Vidus Vidius, De curatione morborum generatim libri XXXIV. 1551 (XXVII. lib.).

[7]) Musa Brassavolius (1553), Tractatus de morbo gallico; Aphrodisiacus. 1728. str. 657—706.

[8]) Nicol. Massa, de morbo gallico. III. editio. Venetiae. 1563. „... tres hoc anno curavi ego pueros: unum aetate trium annum, alterum aetate sex annorum et erat puella; tertium undecim annorum; isti non sumpserunt lac infectum...“; z przytoczonej cytaty, wcale nie wyjaśniającej sposobu pochodzenia kiły u dzieci, mylnie wnosili niektórzy tegocześni autorowie (Rosen, Łaszkiewicz), iż Massa wiedział o dziedzicznem przekazywaniu kiły od rodziców dzieciom. Łaszkiewicz i Lewin nadto nie omieszkali nawet przytaczać przypadków wymienionych, jako udowadniających teoryę późnej kiły (*syphilis hereditaria tarda*)!

[9]) Gruners Aphrodisiacus. 1789. III. str. 140—141.

[10]) J. de Bethencourt. Nova penitentialis quadragesima necnon purgatorium in morbum gallicum, sive venereum etc. Parisiis. 1527; patrz też u Drysdalea: Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1882. str. 44.

kowo, wypowiedział był następne zdanie o przekazywaniu dziedzicznem kiły: *sani de sanis giguntur, morbosi de morbosis. Hinc talis venereus morbus a parentibus contrahire potest...*; przytoczone tu jednak teoretyczne rozumowanie autora nie opiera się na żadnych dowodach ani spostrzeżeniach. Za dziedzicznem przekazywaniem kiły oświadczył się był wkrótce i Augerius Ferrieriusz [1]; przypuszczając albowiem możliwość przechodzenia kiły z rodziców na dzieci, wyróżniał on trzy drogi, któremi choroba przekazaną być może potomstwu, mianowicie: *a*) za pośrednictwem zakażonego kiłą nasienia, *b*) wskutek zakażenia się jajka od dotkniętej kiłą matki, *c*) drogą krwiobiegu od matki kiłowej przyrzut może dostać się do ustroju płodu (*...quum in utero morbus contrahitur, tanquam hereditarium fit malum et tanquam corruptum elementum una cum paterno vel materno semine infunditur, aut si mater a die conceptionis in morbum inciderit, communicatio foetui vitrosis infectis que fit humoribus...*). Wypowiedziane już przez Ferrieriusza zdanie pozostaje zresztą teoretycznem, nie opartem wcale przez autora na przekonywających dowodach, w dziele jego albowiem nie znajdujemy żadnych spostrzeżeń, dotyczących kiły dziedzicznej i wrodzonej.

Piotr Haschardius [2]) i Paracelsus [3]) oświadczają się też za możliwością przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu przez rodziców dotkniętych chorobą. Pierwszy autor mówi zresztą dość ogólnikowo o kile dziedzicznej; uważa on zakażenie soków ciała i nasienia, jako przyczynę przekazywania choroby potomstwu (*per generationem vero, quoniam hic morbus humores vitiat et corrumpit; unde semen corruptum, qui sic affecti sunt et ex hoc proles vitiata ac corrupta procreatum*). Paracelsus atoli twierdzi stanowczo, że kiła przechodzi z ojca na syna „*...transit a patre ad filium*“ [4]), następnie zaś dodaje, iż kiła przekazuje się potomstwu łatwiej od trądu (*est morbus foedus se ad alios propagans, alios contaminans et magis hereditarius, quam lepra*) [5]); dalej zaś odróżnia on zakażenie jajka podczas zapłodnienia od udzielania się kiły od matki podczas ciąży [6]); niestety, znów nie znajdujemy u autora żadnych dowodów ani spostrzeżeń przekonywających.

Wiktor Trincavellius (1553) [7]) i Amatus Lusitanus (1511—1568) [8]) opisują po raz pierwszy nieco dokładniej napotykane przypadki kiły odziedziczonej u dzieci; w przypadku podanym przez Lusitanusa, dziecię z ojca kiłowego spłodzone, udzieliło choroby piastunce, ostatnia zaś zaraziła następnie męża i dziecię swoje; taką drogą kilka osób w rodzinie zachorowało na kiłę. Wilh. Rondeletius (1560) [1]) pisze, iż oglądał noworodka dotkniętego krostami kiłowemi: *ego vidi puerum nasci totum coopertum pustulos morbi gallici.* Leonard Botallus [2]) musiał też nieraz widzieć dzieci kiłowe, pochodzące z matek dotkniętych tąż samą chorobą, jak to należy wnosić z następnego jego orzeczenia: *pueri ex infecta matre editi inculpatam aetatem agent longevom modo a sana matrice aliti fuerint....* Włoskiemu pisarzowi Piotrowi Rostino (1556) [3]) zawdzięczamy dokładny i szczegółowy opis objawów kiły wrodzonej u noworodków i osesków; mówił on, że dzieci nabywają choroby francuskiej już w łonie swej matki. — U Gabryela Fallopiusza, który zostawił nam też bardzo dokładne opisanie objawów kiły dziedzicznej u dzieci, napotykamy następny ciekawy ustęp: *praeterea oriuntur pueruli, ex utero matris infecti morbo gallico et vidi ego aliquos, quorum cutis erat ita exusta et affecta Gallico, ut pueruli viderentur cocti* [4]).

Z pośród innych syfilografów XVI. stulecia, którzy przypuszczali możliwość przekazywania dziedzicznego kiły, wspomnimy tu jeszcze o Hieronimie Capivacciuszu [5]), Janie Ferneliuszu [6]) i Ambrożym Paereuszu [7]). Capivaccius utrzymywał, iż kiła z łatwością udziela się od ojca i matki potomstwu. Paereus (Parré) zaś twierdzi, iż często można napotkać dzieci (zrodzone z rodziców kiłowych), u których wkrótce po przyjściu na świat występuje na ciele wiele króst; autor jest zdania, iż kiła przekazuje się dzieciom nietylko od ojca, lecz i od matki kiłowej. C. d. n.

[1]) Aug. Ferrierius, De pudendagra gravi lue hispanica libri duo. Tolosae. 1853; Aphrodisiacus. 1728. II. str. 906.

[2]) P. Haschardius, De morbi gallici compendiosa curatio. Lovanii. 1554; Aphrodisiacus. II. str. 929.

[3]) Paracelsus, De causis et origine luis gallicae. Strassburgii. 1577.

[4]) von Baerensprung, Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. str. 5.

[5]) Gruners Aphrodisiacus. 1788: De morbo gallico. Cap. VIII. pag. 143—144.

[6]) Proksch. Paracelsus über die venerische Krankheiten und Hydrargyrum. Wien. 1882. str. 19—21 i 23.

[7]) Simon. Kritische Geschichte der Syphilis. Hamburg. 1857. II. Abth. str. 132.

[8]) Luisinius Aphrodisiacus. pag. 653. Curationum medicinalium centunus. Sept. 1554. I. Cent. Nr. 49.

[1]) Luisini Aphrodisiacus. De morbo gallico liber unus. II. str. 936.

[2]) Botallus. Luis venereae curandae ratio. Parisiis 1563.

[3]) Blaise. L'hérédité syphilitique. Paris. 1883. str. 36.

[4]) G. Fallopius. Tractatus de morbo gallico. Lib. XXXVI. Patavii. 1564. str. 127.

[5]) Astruc. De morbis venereis libri IX. Neapoli. 1768. II. str. 193.

[6]) I. Fernelius. Universa medicina. Lib. VI. Cap. XX. str. 641; Aphrodisiacus Luisini. I. str. 614.

[7]) Ambr. Parré. De la grosse vérole, qui surprint aux petits enfants. Oeuvres complets revus par Malgaigne. Lyon. 1652. str. 467.

III. Nowa metoda leczenia wiewióra (trypra) wstrzykiwaniami ciepłego kwasu borowego.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski ze Sambora.

Sześć lat upływa, jak po raz pierwszy dostrzegłem, iż rozczyn kwasu borowego o ciepłocie 40° C. wstrzykiwany do cewki moczowej działa nadzwyczaj pomyślnie na przebieg formy tak przewlekłej, jakoteż i ostrej zapalenia wiewiórowego cewki moczowej męskiej. Na pomysł aplikacyi tego sposobu leczenia naprowadziła mnie pewna analogia między przewłocznemi nieżytami spojówki oka, które pod działaniem rozczynu kwasu borowego w postaci przepłukiwań worka spojówkowego ustępywały dość rychło. Pomijając wiele błędów, których dopuszczałem się, działając długo czysto empirycznie, ograniczę się na dokładnem podaniu swej metody w tej formie, w jakiej jej obecnie używam, nadmieniając zarazem, iż zebrałem dotychczas 63 przypadki zupełnego wyleczenia wiewióra i to: 28 przy-

padków formy przewlekłej z wydzieliną skąpą śluzowo-ropiastą, 6 przypadków o wydzielinie skąpej, w formie dużej kropli ropiastej i gęstej, reszta t. j. 29 przypadków tyczyło się formy wiewióra ostrej z wydzieliną bardzo obfitą, ropiastą, lecz w okresie, w którym wydzielina przeszła już w rzadszą pod względem obecności gonokoków, aniżeli w pierwszym okresie po zakażeniu się. W 6 przypadkach, w których wydzielinę badano, wynik był dodatni. W liczbie 63 przypadków wyleczenia nie umieściłem jednego przypadku niekorzystnego, z komplikacyą zwężenia modzelowatego cewki moczowej; w tym przypadku chory usunął się z pod obserwacyi.

Przystępując do opisania sposobu, w jaki robię wstrzykiwania, przytaczam zarazem, że nigdy nie należy ich używać w okresie wydzieliny ropnej, zielonawo-żółtej i obfitej o konsystencyi gęstej, bo w tym razie wywołałoby się na pewno zapalenie szyjki pęcherza.

Roczyn 3% kwasu borowego ogrzany w emaliowanem naczyniu do 40° C., wstrzykuje się przez kateter Nelatonowski o 2 okienkach grubości od 9—11 skali Charrièra. Kateter poprzednio na 2—3 godziny trzymany w 5% roczynie kwasu karbolowego, następnie do sucha watą obtarty i posmarowany 10% maścią borową, wprowadza się aż do części krokowej *(pars prostatica urethrae)*. Do wstrzykiwania używam strzykawki szklanej o pojemności 100—120 gramów, oprawnej w mosiądz, głównie dlatego, bym mógł dokładnie ocenić, czy w płynie do wstrzykiwania użyć się mającym nie znajdują się bańki powietrzne lub jakieś nieczystości pochodzące z tłoczka skórzanego, czego ocenić nie można używając strzykawek z twardego kauczuku. Wprowadziwszy stożkowatą kankę strzykawki do kateteru tak, by jego ściana elastyczna szczelnie kankę objęła, unoszę strzykawkę nieco ku górze i naciskając miernie na tłok strzykawki, wtłaczam jej treść do cewki moczowej przez przeciąg mniej więcej 15 sekund (podaniem tego czasu chciałbym oznaczyć siłę, z jaką na tłok działać się powinno). Teraz zaciskam kateter tuż pod miejscem, gdzie w nim tkwi stożkowaty koniec kanki, usuwam strzykawkę a płynowi z kateteru wypływającemu daję swobodne ujście do trójgraniastej tacki kauczukowej, umieszczonej między udami w leżącej pozycyi znajdującego się pacyenta. Następnie napełniam po raz drugi strzykawkę, z zachowaniem powyżej przytoczonych ostrożności, kateter wyciągam o 4—6 cm. i znowu w sposób powyżej podany wprowadzam treść do cewki moczowej, przyczem płyn wstrzyknięty wypływa już swobodnie na zewnątrz obok kateteru. Wreszcie po raz trzeci postępuję tak samo, z tą różnicą, iż napełniwszy po raz trzeci strzykawkę, nie cofam więcej kateteru, lecz przystósowawszy do niego kankę strzykawki, cisnę na jej tłok i równocześnie bardzo wolno wyciągam kateter, starając się, by wyskoczył zupełnie i równocześnie z wytłoczeniem ostatniej kropli ze strzykawki. Zbytecznem jest może dodawać, iż tak postępując, mam na celu przepłukać w całości błonę śluzową cewki moczowej od części krokowej aż do ujścia zewnętrznego *(orificium cutaneum)*. W tem miejscu dodaję, iż chory winien mocz oddać b e z p o ś r e d n i o p r z e d w s t r z y k i w a n i e m.

Jak z poprzedniego opisu wynika, za jednem posiedzeniem wprowadzam około 300 gramów płynu, przyczem zwykle ciepłota jego opada o jakie 2—3° C. tak, że ostatnia dawka kwasu borowego ma zazwyczaj temperaturę 37° C. W przypadkach, w których z jakiejkolwiekbądź przyczyny ciepłota roczynu spadła poniżej 37° C. (a zdarzało mi się to kilkakrotnie bądź z powodu wyskoczenia przedwczesnego kateteru, bądź innych z winy pacyenta pochodzących opóźnień całej manipulacyi), ogrzewałem zawsze dodatkowo płyn do 40° C.

Posiedzenia odbywałem co 2. dzień a ilość posiedzeń potrzebna do zupełnego usunięcia objawów wiewióra, wahała się między 5—8. Po pierwszem posiedzeniu z reguły była wydzielina obfitsza, lecz znacznie rzadsza i przybierała wejrzenie śluzowe, mętnawe. Błona śluzowa ujścia zewnętrznego cewki moczowej i wogóle część badaniu okiem dostępna po rozwarciu ujścia, była rozpulchniona, nieco zaczerwieniona i miernie obrzmiała. Objawy te po każdem następnem posiedzeniu zmniejszały się tak, iż zazwyczaj już 4. z rzędu posiedzenie obywało się bez żadnej reakcyi. Za wskazówkę, ile posiedzeń wogóle robić należy, służyło mi zachowanie się, względnie obecność lub nieobecność wydzieliny; gdy wydzieliny żadnej nie było i tylko wydobywała się pewna ilość śluzu przeźroczystego, szklistego, kończyłem kuracyę, polecając pacyentowi wstrzykiwać w domu środek ściągający (*zinc. sulfo-carbol. 0·75 : 200·00*), chociaż jestem przekonany, że i inny środek ściągający te same oddałby mi usługi. Polecałem robić wstrzykiwania po 3 razy dziennie przez przeciąg 8—10 dni. Nawrotu choroby dotychczas w żadnym przypadku nie miałem; na ujemny wynik czekałem napróżno przez lat 5 (pierwszego bowiem roku stósowania swej metody nie wliczam z przyczyny, iż robiłem doświadczenia bardzo niejednostajnie) a będąc zadziwiony, jak szybko, bo już po jednorazowem zastósowaniu, ustępowała obfita, lecz rzadka ropiasta wydzielina, zdecydowałem się podać swój sposób postępowania pod krytykę kolegów, którzy mając do dyspozycyi obfitszy ode mnie materyał, będą mogli ocenić wartość powyżej podanego sposobu leczenia.

Mimo, że starałem się podać dokładnie sposób, w jaki postępuję, nie mogę przemilczeć, iż owa zresztą wcale nie skomplikowana technika przepłukiwania wymaga pewnej wprawy i że sam wykonywałem całą manipulacyę z razu nierównie gorzej, aniżeli teraz; szczególnie zaś zwracam uwagę na tę okoliczność, iż wstrzykując, trzeba palcem wskazującym i wielkim ręki lewej ustalić miernie kateter przez delikatny ucisk na żołądź, o tyle nie za mocny, by światła kateteru nie zamykał. Inaczej narazi się na przedwczesne wyskoczenie kateteru, które początkującemu często zdarzyć się może, a kilkakrotne ponowne wprowadzanie kateteru nie jest o tyle obojętne, iż, jak pouczyło mnie doświadczenie w przypadkach kilkakrotnego wprowadzania, pojawiała się u pacyentów reakcya w postaci miernego parcia na mocz.

W końcu nadmieniam, iż zachowanie się dyetetyczne chorego winno się zgadzać z ogólnie w tym względzie znanemi regułami i że 2 razy dziennie stósowane kąpiele nasiadowe o 35°—40° C. przez pół godziny za każdym razem nadzwyczaj korzystnie wspierały leczenie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

A. Strümpell: **Sprawa alkoholu ze stanowiska lekarskiego.** (Odczyt na 65. zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Norymberdze d. 13. września 1893).

Sprawa używania wyskoku zwraca na siebie uwagę tak ze względów ogólno-społecznych, jak i czysto lekarskich. Prawna jej strona wykazuje częsty związek między alkoholizmem a występkiem, acz nieraz oceniano zbyt jednostronnie, jakoby samo tylko zatrucie wyskokiem prowadziło do wykroczeń, których przyczyny natomiast nieraz zupełnie gdzieindziej szukać należy. I w rzeczywistości statystyka (Niemiec z r. 1889) wykazuje, że niemal $^4/_5$ przekroczeń popełniają ludzie, upijający się przypadkowo a tylko $^1/_5$ pijacy nałogowi.

Kwestya wyskoku podjęta ze stanowiska społecznego wykazuje rażący stosunek między ceną napojów wyskokowych a ich wartością spożywczą. Tak n. p. robotnik (bawarski) spijając dziennie cztery litry piwa za markę zyskuje dla swego ustroju 240 grm. węglowodanów i 32 grm. białka, gdy za tę samę cenę zakupiwszy chleba, otrzymuje z niego 2000 gr. węglowodanów i 250 gr. białka. Cyfry te, wykazujące przepłacanie najtańszego piwa w stósunku do jego pożywności o 8 razy drożej od chleba, uderzają jeszcze bardziej przy porównaniu piwa z ziemniakami, grochem itp. artykułami spożywczymi. Używanie trunków tak się już zakorzeniło w masach ludności, że robotnik wydający dziennie na piwo szóstą część swego zarobku, uważa to za rzecz zupełnie naturalną i niezbędną.

Do podobnych cyfer dochodzi się również w obliczeniach dla stanów średnich; dość przytoczyć, że setki studentów (niemieckich) a względnie ich rodzice, wydają dziennie li tylko na piwo 1—1$^1/_2$ marki, czyli 300—400 marek rocznie. Nie roztrząsając bliżej wpływu wyskoku na odżywianie, należy bodaj zaznaczyć, że przytaczane nieraz zdanie, jakoby alkohol był środkiem oszczędzającym białko ustroju, wcale nie może się ostać wobec nowszych badań, wykazujących owszem stósunek wręcz przeciwny.

Ze stanowiska lekarskiego — wobec dzisiejszej epoki w medycynie, słusznie etyologiczną zwanej — jedynie tylko gruźlica i kiła mogą iść w parze z zatruciem alkoholem pod względem rozszerzenia się i znaczenia. Tem też więcej uderza okoliczność, że mimo, iż w zatruciu alkoholem ma się do czynienia z artykułem dokładnie znanym, co znacznie ułatwia studyum tego zatrucia, przecież nie ma dotąd należytego obrazu rozmaitych wpływów wyskoku na ustrój ludzki.

Spostrzeżenia toksykologiczne nad innemi przewlekłemi zatruciami jak np. nad zatruciem ołowiem, doprowadzają do uwagi, że szkodliwe wpływy trucizn, w bardzo małej zaledwie ilości codziennie spożywanych, objawiają się dopiero niekiedy po latach i to nieraz nagle w postaci różnych charakterystycznych przypadłości. Trzeba tu zatem przypuścić sumowanie się owych drobnych a licznych wpływów, które potrafią naraz wystąpić, jako siła niszcząca tkanki organizmu. W ten sposób da się tłomaczyć nagłe wystąpienie mocznicy (*uraemia*); tak też pojawia się nagle u pijaka *delirium tremens*, jak niemniej nagłe osłabienie jego serca, zdawna powoli a stopniowo nadwerężanego.

Zesumowaniu wpływów trujących ulega głównie układ nerwowy tak, że wydaje się uzasadnionem przypuszczenie pewnego rodzaju pamięci włókien nerwowych i komórek zwojowych, gdzie — jak zwłaszcza w przewlekłem zatruciu wyskokowem — rozchodzi się zapewne nie tyle o samo sumowanie się trującej substancyi, jak raczej o trwałe pozostałości zmian, wywołanych w tkance nerwowej przez chemiczny wpływ wyskoku.

Zapatrywanie się to wyjaśnia, dlaczego do wytworzenia się obrazu przewlekłego zatrucia alkoholem bynajmniej nie zawsze potrzeba często się ponawiających objawów zatrucia ostrego, lecz że tylko wystarcza ku temu w zupełności ciągły a regularny wpływ tej trucizny. Tem się również tłómaczy, dlaczego szkodliwemu wpływowi wyskoku ulegają także osoby, pijaństwu nałogowo bynajmniej się nie oddające.

Jak we wszelkich innych zatruciach, ostrych czy przewlekłych, tak też i w oddziaływaniu wyskoku na ustrój ludzki okazują się pewne indywidualne różnice, które nie dają się niekiedy wyjaśnić dostatecznie, z któremi atoli liczyć się trzeba.

Również i uboczne szkodliwości, jak choroby zakaźne, urazy, znaczna utrata krwi itp. przyspieszają nagły wybuch zatrucia, poprzód niczem się nie zaznaczającego.

Wyskok działa w pierwszym rzędzie na układ nerwowy; w zatruciu ostrem podpadają najpierw pod oko objawy porażne w sferze psychicznej; dokładniejsze spostrzeżenie wykazuje atoli i zmiany w sferze ruchowej, jak niepewność w ruchach, utrudnienie mowy itp., podczas gdy drogi czuciowe wydają się odporniejsze. Analogicznie do tych zmian występuje w przewlekłem zatruciu *delirium*, drżenie, porażenia, bezład ruchów, słowem t. zw. zapalenie wielu nerwów właściwe (*polyneuritis alcoholica*), jako jedna z najczęstszych a najważniejszych postaci anatomicznego zwyrodnienia nerwów w skutek działania wpływów chemiczno-toksycznych.

Pozostaje nierozstrzygniętem dotąd pytanie, czy owo obumieranie obwodowych włókien nerwowych występuje skutkiem bezpośredniego zadziałania drobin alkoholu na same włókna, czy też trucizna sadowi się w ośrodkach nerwowych tak, że włókna nerwowe ginęłyby dopiero następowo skutkiem zniszczenia ich ośrodków odżywczych.

Delirium po alkoholu zdarza się, zwłaszcza po większych miastach, wobec liczniej nagromadzonych mas robotników, pijaństwu oddanych. Tak wynosi rocznie liczba zapadłych na *delirium* w Hamburgu 150, w berlińskim szpitalu Charité 500—600; wśród inteligentniejszych sfer ludności *delirium* jak i *polyneuritides alcohol.* zjawiają się dość rzadko, skutkiem czego nie zyskały one dotąd należytego uwzględnienia w praktyce lekarskiej.

Często zostają w związku z alkoholizmem zniedołężnienie umysłowe (*dementia*), padaczka, zapalenie opony twardej (*pachymeningitis*) i zapalenie mózgu krwotoczne (*encephalitis haemorrhagica*).

W następstwie bezpośredniego drażnienia przez wyskok występują przewlekłe schorzenia błon śluzowych gardła, żołądka i jelit, upośledzające odżywienie ustroju.

Poważniejsze zmiany sprowadza wyskok, skoro przejdzie za pośrednictwem krwi w bezpośredni związek z tkankami wewnętrznych narządów. Tą drogą przychodzi do marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*), do schorzeń mięśnia sercowego i naczyń (*endarteritis alcoh. chron.*), widocznych dopiero w swych skutkach, na tem tle występują również choroby nerek.

Mylnem jest przekonanie, że używanie piwa nie jest szkodliwe jak picie innych napojów wyskokowych, jak n. p. wódki; owszem niski stósunkowo procent alkoholu w piwie równoważy się znaczniejszą jego ilością w spożyciu; nadto wprowadzanie po 3—10 litrów na dzień cieczy do organizmu wraz z pewnemi, zawartemi w nich substancyami spożywczemi, musi się odbić szkodliwie, zwłaszcza na mięśniu sercowym, w którym też często przychodzi do przerostu, później zaś do przedwczesnego osłabienia.

Wprowadzanie do ustroju 5 litrów piwa, zawierających w sobie około 250 grm. węglowodanów, obciąża tym materyałem nadmiernie krew i tkanki, co prowadzi do powiększenia się ciężaru gatunkowego krwi, podrażnienie drobnych naczyń a przez to do podniesienia się ciśnienia w tętnicach i utrudnienia pracy serca.

Gdy tkanki nie zdołają zużytkować całej tej masy materyału odżywczego, przychodzi do zbytniego nagromadzenia się jego i nadmiernej otyłości, która znowu sama przez się wpływa ujemnie na krążenie krwi i oddychanie. Do tego przyłącza się wreszcie trujące działanie wyskoku, prowadzące do zmian degeneracyjnych w mięśniach i nerwach.

Choroby nerek występują wcale nie wyłącznie u pijących wódkę lub wino, ale znów głównie u piwoszów. Tu również zbyt obfita ilość cieczy, jak niemniej i wyskok sam działają szkodliwie na przybłonki, które zwolna ulegają zwyrodnieniu a nerka popada w marskość. Zesumowanie się ciągłych drażnień przybłonków nerkowych przez wyskok doprowadza niekiedy do niespodziewanego wybuchu ostrego zapalenia nerek, występującego na pozór z przyczyny jakiejś zewnętrznej szkodliwości, jak np. zaziębienia. Takie zapalenie nerek odróżnia się od innych (infekcyjnych i toksycznych) tem, że zwykle nie jest natury krwotocznej, występuje ze znacznemi obrzękami, przechodzi w formę przewlekłą, prowadzi bardzo rzadko do wyzdrowienia, nierównie częściej do rychłej śmierci.

W ujemnem oddziaływaniu alkoholu na przemianę materyi należy odróżnić trzy grupy, a to nadmierne tworzenie się kwasu moczowego z rozkładu białka w *arthritis urica*, chorobliwą zmianą w spalaniu się węglowodanów pod postacią *diabetes mellitus*, wreszcie anomalię w zgromadzeniu się tłuszczów, prowadzącą do otyłości. Przyczyną tych stanów patologicznych jest zmniejszenie się energii w chemizmie właściwych narządów, już to na tle wrodzonego usposobienia, jużteż skutkiem nabytych przez zewnętrzne wpływy szkodliwe zmian w komórkach, wywołujących upośledzenie odpowiednich funkcyj. W rzędzie szkodliwych czynników znamy dla każdej z trzech powyż podanych grup trucizny chemiczne, jak dla dny zatrucie ołowiem, dla moczówki phlorydcynę, dla otyłości arsen i fosfor. Podobnie i wpływ alkoholu na grupy te można wykazać. I tak: podagra występuje głównie przy wygodnym trybie życia, połączonym z trwałem a obfitem używaniem wyskoku; otyłość, u piwoszów zwłaszcza, jest ogólnie znaną; w cukrzycy wreszcie istnieje niezaprzeczenie związek z alkoholizmem, zwłaszcza w formie t. zw. moczówki otyłych, u których typowe schorzenia powyskokowe, jak np. *polyneuritis*, można obserwować podobnie, jak i powikłania z dną, zapaleniem nerek marskością wątroby, które dopiero po uznaniu alkoholizmu za wspólny ich mianownik stają się łatwo zrozumiałemi.

Gdy się wreszcie zważy, że zatrucie wyskokiem sprowadza tak wiele zmian, czy to bezpośrednio czy następowo, to okażą się w całej pełni szkody, przez wyskok ludzkości wyrządzane, zmuszające do jak najrychlejszego zapobieżenia złemu. (*Berl. klin. Wchschr.* Nr. 39. 1893).

Dr. Leopold Kosiński.

Przegląd terapeutyczny.

— A. Shaw-Mackenzie idąc za przykładem znakomitego praktyka Henryka Leego, zaleca na podstawie własnego doświadczenia bardzo gorąco leczenie kiły ogólnej nakadzaniami kalomelowemi. W tym celu umieszcza się pacyenta zupełnie obnażonego w znanej powszechnie skrzyni służącej do kąpieli ze suchego powietrza gorącego tak, iż tylko głowa wystaje na zewnątrz. Nad lampką wyskokową znajduje się stosowne naczynie z porcelany, do którego dodaje się osobno kalomelu zupełnie czystego i wody. Po ogrzaniu ulatnia się kalomel i osiada na skórze pacyenta, który po nakadzeniu udaje się prosto do łóżka i obwija na godzinę prześcieradłem wełnianem. Shaw-Mackenzie zaczyna od $1\frac{1}{2}$ drachmy (= 7 gramów) a dochodzi do 2 drachm (= 9 grm.) kalomelu.

Zdaniem Leego ten tak mało znany sposób leczenia kiły odznacza się następującemi zaletami: 1) wielką pewnością działania terapeutycznego i ścisłem oznaczeniem (*? Przyp. red.*) dawki, 2) ochroną od późniejszych objawów choroby 3) brakiem wszelkiego wpływu szkodliwego na stan ogólny i na przewód pokarmowy tak, iż leczenia tego używać mogą nawet suchotnicy i ludzie bardzo osłabieni, 4) skróceniem czasu na leczenie potrzebnego, 5) szczególniejszą dogodnością wobec zmian i wrzodów na skórze. (*The Lancet. 6. Mai. 1893*).

— De la Jarrige przemawiał na tegorocznym kongresie w sprawie gruźlicy za wstrzykiwaniami olejnemi kreozotu i mentolu wprost do tchawicy w gruźlicy płuc w postaci płynu złożonego z

Olei olivarum sterilisati 100·00
Kreozoti fagini 10·00
Mentholi 5·00

Sposób, którego on w tym celu używa, jest następujący: Po założeniu właściwego zwierciadełka i zbadaniu nim krtani wprowadza w szparę głośni długą, zakrzywioną kankę strzykawki napełnionej płynem powyżej podanym i na raz wstrzykuje całą przeznaczoną ilość płynu. Chorzy znoszą te wstrzykiwania nadzwyczaj dobrze, nie mają po niem żadnych nieprzyjemnych przypadków, nawet nie kaszlą a wessanie płynu wstrzykniętego odbywa się bardzo prędko. Zwierciadełko krtaniowe do tych wstrzykiwań potrzebne jest tylko po raz pierwszy i dla osób nie mających wprawy. Kto ma wprawę, ten potrzebuje tylko schwycić język za koniec i wyciągnąć go ku przodowi a dostanie się łatwo kanką do głośni.

Autor wstrzykuje codziennie po 30 cm. sz. na raz.

Skutki tego sposobu leczenia są według doświadczenia autora bardzo zadawalniające: w przeważnej liczbie przypadków zmiany miejscowe poprawiają się a i stan ogólny staje się coraz lepszym, co wywodzi autor z bezpośredniego działania leku na mikroby.

— Na tymże samym kongresie zalecali znowu Weill i Diamantberger wstrzykiwania podskórne gwajakolu w roztworze olejnym we wszystkich formach gruźlicy płuc.

Używają oni gwajakolu czystego, rozpuszczonego w równej na wagę ilości olejku migdałowego (*oleum amygdalarum dulcium*), wyjałowionego w 120° C. i wstrzykują go zwyczajną strzykawką Pravazowską, w której mieści się więc koło 0·50 cm. sz. (w przybliżeniu *Przyp. red. Przegl. lek.*) czystego gwajakolu. Zaczynają od $\frac{1}{4}$ strzykawki na dzień i dochodzą do jednej, najwięcej do dwóch strzykawek również na dzień. W przypadkach z obfitemi plwocinami i jamami w płucach można dojść do 4., 6. a nawet 8 strzykawek dziennie. Większe dawki nie są wprawdzie niebezpieczne, ale są zupełnie zbyteczne.

W tej formie zadawany gwajakol, który opuszcza ustrój w ogólności wszystkiemi drogami wydzielniczemi, znoszą chorzy bardzo dobrze, zazwyczaj bez żadnego osobliwego odczynu, z wyjątkiem pocenia się tem obfitszego, im większe są zmiany w płucach, a tem skąpszego, im zmiany w płucach coraz więcej ustępują.

Postrzeżenia autorów odnoszą się do 82 przypadków, z których niektóre obserwowano już od lat czterech.

W tych 82 przypadkach, z których $\frac{3}{4}$ gorączkowało i bardzo podupadło na siłach, otrzymali autorowie 62 polepszeń, dwa przypadki zostały bez zmiany a 18 pogorszyło się nawet. Z tych 62 przypadków pomyślnego działania wstrzykiwań podskórnych gwajakolu 27 można uważać za zupełnie wyleczone a są między niemi w znacznej liczbie i takie, w których wyleczenie datuje się od więcej niż 3 lat. W ogólności wszystkie objawy fizyczne gruźlicy ustępują w przeważającej liczbie przypadków pod wpływem wymienionego sposobu leczenia.

Notatki terapeutyczne.

W dalszym ciągu (*patrz Nr. 39*) podaje Stern następujące przepisy:

Maść resorcynowa:

118) Rp. *Resorcini resublimati* 5·00
Tere cum
Aquae pauxillo
Adde
Lanolini 45·00
Vaselini flavi 50·00

Maść oczna:

119) Rp. *Hydrargyri oxydati*
via humida parati 0·05
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi 6·00

Adde
Lanolini 4·00

Maść na odmroziny:

120) Rp. *Zinci oxydati crudi* 15·00
Tere exactissime directe cum
Glycerini 45·00
Adde
Lanolini 40·00
M. f. ungtum.

Maści tej należy używać już w lecie, nakładając ją co wieczór na odmroziny a wcierając rano codziennie po umyciu się w małej ilości. Co nadto, należy zetrzeć. Maść ta ma być skuteczna nawet na ciężkie odmroziny z owrzodzeniami. (*Ther. Mtshefte. 7. 8. 1893*).

V. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Gdyby wolno było ogólnej sytuacyi zdrowotnej na tureckim wschodzie nadać cechę meteorologiczną, to powiedzielibyśmy, że: niebo jest tu chmurne, powietrze niestałe a przyszłość zawsze niepewna. O tym zaś charakterze przekonamy się, śledząc dalej powstawanie i ustalanie się chorób zakaźnych, przenosząc się od wschodnich skłonów syryjskiego Libanu i starej Palestyny aż ku granicy perskiego Kuzistanu i siedzib Arabów z pokolenia Abu-Mohamed. Obszerna ta przestrzeń jest zraszaną dwoma wodnemi wstęgami Tygru i Eufratu, nad któremi z jednej strony Arabowie prowadzą swój koczowniczy byt, z drugiej zaś rabusie Kurdowie z swemi gromadami trzód przebiegają całą okolicę w rozmaitych kierunkach. Tam to — w ciągu kilkoletniego już okresu czasu, spotykamy się corocznie prawie ze świeżemi wybuchami cholery lub dżumy, obok innych nagminnie już szerzących się chorób, jak dur plamisty, krwawa biegunka, zapalenie opon mózgowych, gruźlica, złośliwe zimnice, nie wspominając już o kile i sprawach patologicznych należących do zakresu chirurgii, przez swą etyologię, przebieg i leczenie przedstawiających materyał do szczegółowszego roztrząśnienia. W rozpoznawaniu tych spraw, lekarze tam praktykujący, nie mają kłopotu podobnego temu, w jakim się znaleźli ich koledzy w blizkiej nam Smirnie! Bo jakkolwiek w dali od naukowych źródeł, stara Chaldea z przyległą sobie Mezopotamią, na tyle jednak postąpiły, że do zbadania i ocenienia stosunków zdrowotnych w tych prowincyach posiadamy już pewien materyał, ciągle uzupełniany dzięki Drowi Lubiczowi i innym przebywającym tam europejskim pionierom. Wprawdzie oturbanieni tam arabscy teologowie, zawsze jeszcze witają nas zdaniem, że: dotąd nieznaleźliśmy jeszcze środka na odpędzenie samej śmierci, lub że nieposiadamy leku na wzmocnienie podupadłych haremowych bohaterów, to jednak usiłowania przedsięwzięte w celu polepszenia ogólnych warunków higienicznych, zdobywają sobie coraz to więcej przychylnych, zaczynających wierzyć w możność uniknięcia a przynajmniej zapobieżenia szerzeniu się pewnych spraw chorobowych, przez działanie potężnych środków higienicznych na szereg przyczyn je wywołujących. Pomyślne te stosunkowo dane, spotykamy li tylko w większych miastach prowincyj, jak w Bagdadzie i Mossulu, wtedy gdy taka Bassorah z ludnością dochodzącą do czterdziestu tysięcy i liczne inne osady rozrzucone na porzeczu Szat-el-Arab, jak również niestałe koczowiska w pustyni, pozostają jak dawniej nietylko już rozsadnikami, ale nawet i ogniskami, w pełni sprzyjającemi wykłuwaniu się pierwiastków zakaźnych.

W Europie krytykujemy stare lub zaniedbane przystanie w większych miastach nadmorskich. Uważamy sadzawki i inne wodne zbiorniki za szkodliwe, skutkiem nagromadzenia się w nich substancyj, podlegających gnilnemu rozkładowi. Nieraz zanieczyszczone rzeki przyczyniają się także do rozwleczenia chorób zakaźnych. O ileż więcej groźniejszym jest stan tych etyologicznych źródeł w prowincyach tureckiego Wschodu, gdzie o kanalizacyi nikt nie myśli a wysuszenie rozległych bagnisk lub oczyszczenie przynajmniej tych gnijących zbiorników, jest sprawą trudną do przeprowadzenia. By się o tem przekonać, dość jest przeniknąć sieć kanałów, nad któremi rozłożyła się stara Bassorah, lub zajrzeć do Mohamera, granicznego miasteczka perskiego, by pod istotnym parciem powietrza przesiąkłego wyziewami, nie odczuć ich szkodliwego wpływu. Wysoka ciepłota i monotonny spokój warstw powietrza lub znowu w pewnych porach roku bardzo silne ich prądy z południa, otoczenie miejscowości gęstemi lasami palmy daktylowej i sama gleba pokryta grubą warstwą naniesionego mułu, spoczywającego na trudno przenikalnej glinie, wytłumaczą nam charakter tak groźnych tu zimnic, noszących nawet miano bassorskich, tworzących jednocześnie i podstawę, na której opiera się cała etyologia nagminnie tu panujących chorób. Jednakże co do wybuchów cholery i dżumy, w najnowszych czasach ponawiających się prawie corocznie, to należy się zgodzić na okoliczność, że w Chaldei pochodzenie tych plag patologicznych jest dwojakie. I tak: cholera dostaje się tu z Indyj a mianowicie z miasta Kiuraczy i jego okolicy przez parostatki i żaglowce zwane Sambuk, przystające w pewnych punktach Beludżystanu i bez żadnej, jak dotąd, kontroli sanitarnej przebywające zatokę perską, by wreszcie zarzucić kotwicę pod Bassorah. Wogóle przyjazd okrętów z tej strony jest bardzo nieregularny. Urząd sanitarny w Bassorah jest dość odległy od przystani, która znowu pozbawiona wszelkiego dozoru policyjnego, ułatwia szybkie dostawanie się podróżnych na ląd i to przed tem, nim lekarz zdoła się przekonać o stanie zdrowia załogi okrętowej i przybyłych. Co zaś najhaniebniejsze, to to, że podobnemu przemycaniu sprzyjają sami kapitanowie okrętów z wyjątkiem chyba przypadku, gdy ktoś z załogi zapadł na podejrzaną niemoc. Takiemi to drogami wniesiony pierwiastek zakaźny, znajduje tu bardzo żyzną glebę dla swojej hodowli, do ustalania się a co gorsza do przetrwania pory chłodniejszej i dżystej, by z nastaniem wiosny wybuchnąć ponownie, choć z mniejszą stosunkowo energią. Powstałe w ten sposób ogniska są drugą drogą, jaką cholera zwykła się rozwlekać po południowych obszarach arabistańskiego Iraku. Przypadki jej zauważane w roku zeszłym i ponowne ukazanie się zarazy jeszcze w początkach kwietnia b. r. naprzód w Bassorah a następnie w Kurna i wpośród pokolenia Arabów Montefik zamieszkujących okolicę między miastami Dywanieh i Sonk-el-Chouth, przedstawiają cechę łagodnych objawów chorobowych, rozwlekanie się zarazy z mniejszą daleko energią, przy dłuższym przebiegu sprawy patologicznej i nieznacznej stosunkowo śmiertelności. Pomimo jednak, że tegoroczny wybuch cholery w Iraku arabistańskim uważa się za sporadyczny, to wszakże dostanie się już zarazy do Bagda-

du, Samary, Szatry i Hylleh, jest dowodem, że prowincya ta zawsze jeszcze przedstawia obszerne pole do żniwa epidemicznego z wrotami otwartemi na przyjęcie prądów zaduchowych z Indyj. Czy zaś zaraza posunie się jeszcze dalej na północ i na zachód, by, jak to stało się w r. 1890—91, sięgnąć aż do Syryi i południowych granic Azyi mniejszej, to odpowiedź na to i prawdopodobieństwo znajdziemy w stale tam fatalnych stosunkach zdrowotnych.

W charakterystyczniejszej formie grasowała zaraza w arabskiej prowincyi Nedżet. Okolica ta położona na południowy-zachód od Iraku i zaledwie od ćwierć wieku odwiedzana przez wojskowe oddziały tureckie, przeważnie utrzymuje stósunki z sułtanatem Maskatu, z Arabią środkową i z wybrzeżami południowej Persyi, zkąd powracające z połowu pereł żaglowce, dość często zawijają do drobnych przystani Nedżetu. Ludność tej okolicy stanowią koczujący Arabowie i osiedleńcy albańscy, którzy w rodzaju posterunków militarnych, z pod namiotów przenoszą się powoli do domostw zlepianych z miejscowych materyałów. Geologiczny ustrój miejscowości przedstawia cechy właściwe środkowej Arabii. Pokłady należące do trzeciorzędnego okresu, kryją się pod grubemi warstwami gliny i krzemionki, raz sypkiej jak piasek pustyni, lub też znowu pomieszanej ze znaczną ilością miki i wtedy stalszej. System orograficzny ogranicza się tu do niewysokich pasemek górskich, z których tu i ówdzie sączące się strumyki, mają oczywiście swoje źródła, lecz podobnie jak ujścia, okrywa je dotąd tajemnica natury. Brak też wody, daje się tu uczuć na każdym kroku. Lecz zato mleko wielbłądzie i owoce słodko-kwaskowate zaspakajają pragnienie wytrwałych mieszkańców. Warunki klimatyczne są tu bardzo zmienne z powodu długiego lata, przykrej pory dżdżystej w jesieni i chłodnych prądów powietrza od grudnia do połowy stycznia. Dość ruchliwa ludność ciągle przenosząca się z miejsce na miejsce, zajmuje się hodowlą owiec, wielbłądów, bawołów a tu i owdzie koni, co dzięki karawanom prowadzonym w rozmaitych kierunkach, wystarcza do podtrzymania bytu mało wymagającego mieszkańca Arabii. (C. d. n.)

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

XVIII. Prof. Rydygier: O sztucznej przetoce pochwowo-odbytnicowej.

Prof. Rydygier przedstawia nowy sposób zakładania sztucznej przetoki pochwowo-odbytnicowej na operowanej chorej klinicznej oraz na modelu gipsowym odlanym na wzór modelów, składających plastyczny atlas prof. Marsa. W demonstrowanym przypadku operował prof. Rydygier raka cewki moczowej, który się rozszerzył na pęcherz. W takich przypadkach odprowadza się mocz sztucznie założoną przetoką przez odbytnicę, ale sposób ten ma tę złą stronę, że kał dostaje się odwrotną drogą do pęcherza; ztąd w dalszym ciągu zajęcie miedniczek nerkowych i fatalne następstwa. Nowy sposób prof. Rydygiera polega na tem, że tworzy się na tylnej ścianie pęcherza rodzaj zastawki, otwierającej się tylko w kierunku od pęcherza do odbytnicy, nie zaś odwrotnie. W tym celu wycina prof. Rydygier z tylnej ściany pęcherza znaczny trójkąt, który zeszywa w kształcie litery y. Dolny koniuszek trójkąta przyszywa się do ściany odbytnicy, po bokach zaś pozostają otwory, przez które mocz dostaje się z pęcherza do odbytnicy, kał zaś, przeciskając się przez odbytnicę, przyciska zastawkę do tylnej ściany pęcherza i zamyka w ten sposób komunikacyę między temi dwoma organami. Przedstawiona chora jest już wygojona; pochwa jest zamknięta, powstała tylko mała przetoczka po szwie. Dalsza obserwacya wykaże, czy kał w rzeczywistości nie będzie się dostawał do pęcherza, i będzie można przekonać się o tem, zwracając uwagę na ewentualne wystąpienie objawów zapalenia pęcherza w razie niedostatecznego działania wytworzonej zastawki.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem Dra Kleckiego.

Dr. Klecki zastrzega się przede wszystkiem, że zakomunikował zjazdowi chirurgów wyniki poszukiwań swoich w formie tymczasowego doniesienia; sama praca nie jest jeszcze napisana a wykład opierał się na pamięci i krótkich notatkach mowcy; stąd powstały w wykładzie tym niejasności i braki, których z pewnością nie będzie w pracy drukiem ogłoszonej. Projekt zajęcia się opracowaniem orzeczonej kwestyi zawdzięcza mowca prof. Cybulskiemu, któremu też składa Dr. Klecki podziękowanie a do podziękowania tego czuje się tem bardziej zobowiązanym, że prof. Cybulski żywo interesował się jego pracą a nawet asystował przy paru pierwszych doświadczeniach. W odpowiedzi na punkty przytoczone przez prof. Cybulskiego oświadcza Dr. Klecki, że wobec koniecznej potrzeby oczyszczania nietylko chemicznego, ale i mechanicznego światła jelita, wykluczanie dłuższych pętli jest niemożliwe, gdyż tylko wykluczając krótkie pętle i wprowadzając do jelita kankę irygatora, to z jednej, to z drugiej strony ma się pewne szanse dokładnego przemycia błony śluzowej. Ażeby zaś z góry wybierać pewne pętle jelitowe, trzeba robić ewentracyę, co pogarsza wynik operacyjny, który i bez tego nie jest pewnym. Mówiąc o działaniu bakteryobójczem soku żołądkowego, opierał się Dr. Klecki nie na własnych spostrzeżeniach, ale na pracach Hamburgera, Kabrehla, Straussa i Wurtza, Kasta, Cohna i innych autorów, którzy zgodnie twierdzą, że w soku żołądkowym jedynie kwas solny działa przeciwgnilnie, pepsyna zaś w tym względzie nie odgrywa żadnej roli.

W odpowiedzi prof. Obalińskiemu przytacza Dr. Klecki, że doświadczenia, na których opiera się jego praca, wykonał jedynie w celach fizyologicznych, wyniki zaś operacyjne otrzymano tylko ubocznie, przy sposobności doświadczeń chirurgicznych. W odpowiedzi prof. Browiczowi przywodzi Dr. Klecki w skróceniu protokoły sekcyj, przy których prof. Browicz był obecnym, oraz rezultaty badania mikroskopowego wykluczonych pętli. W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu oświadcza mowca, że pierwszy zarzut wytoczony przez prof. Gluzińskiego tyczy się nie pracy jego, ale pamięci; zapomniał bowiem przytoczyć, że we wszystkich doświadczeniach wykluczono pętle jelita cienkiego i że podczas sekcyi zanotowano następujące dane: wagę zwierzęcia, długość całego przewodu pokarmowego, długość wykluczonej pętli oraz oznaczono w centymetrach miejsce szwu jelitowego, a więc odległość wykluczonej pętli od żołądka i od kiszki ślepej. Dane te są dokładnie zanotowane i będą umieszczone w protokółach sekcyjnych. Dr. Klecki nie zgadza się na to, by pozostawienie w wykluczonych pętlach masy bakteryi stwarzało w pętlach tych warunki bardziej zbliżone do warunków fizyologicznych, aniżeli usunięcie większej części bakteryj ze światła wykluczonego jelita; przeciwnie bakterye unoszące się i wytwarzające nieobojętne produkty w zamkniętej przestrzeni z pewnością musiałyby wywierać szkodliwy wpływ na otaczające je tkanki; w doświadczeniach Dra Kleckiego bakteryj nie wykluczono w zupełności w żadnym przypadku a chodziło mu głównie właśnie o zbadanie zachowania się samej ściany jelita, nie zaś działania na nią bakteryj. Wybór środka przeciwgnilnego w celu desinfekcyi błony śluzowej jelita nie jest wcale tak obojętnym, jak twierdzi prof. Gluziński; wszak wiadomo, że pomimo jednakowego pod względem chemicznym działania różnych środków przeciwgnilnych różne tkanki znoszą działanie jednych środków, działania zaś

innych nie znoszą. W odpowiedzi Drowi Kryńskiemu oświadcza Dr. Klecki, że zarzuty przez niego wytoczone byłyby najcięższemi, gdyby się opierały na danych rzeczywistych. Tymczasem Dr. Kryński powołuje się na doświadczenia Reichla, których wyniki mają być wrzekomo niezgodnemi z wynikami Dra Kleckiego i twierdzi, że ich Dr. Klecki nie uwzględnia. Skoro mowca przytoczył doświadczenia Reichla, liczy się z niemi; co się zaś tyczy ich wyników, przytacza Dr. Klecki szczegółowo protokóły tych doświadczeń i na ich podstawie wykazuje, że doświadczenia te bynajmniej nie uzasadniają zarzutu, jaki zrobił Dr. Kryński; przeciwnie, żadne z tych doświadczeń nie jest czystem, t. j. nie odpowiada wymaganiom Dra Kleckiego, nadto jedno z nich potwierdza pomimo to wyniki doświadczeń Dra Kleckiego. Następnie zaznacza Dr. Klecki, że używał soku żołądkowego zawierającego 1.5 : 1000 HCl., nie zaś 1 : 1000, jak to mówił Dr. Kryński, oraz powołuje się jako na dowód nieszkodliwości płynu tego dla błony śluzowej jelita na preparaty mikroskopowe, z pętli tych otrzymane a ustawione podczas posiedzenia zjazdu pod mikroskopami. Dr. Kryński twierdzi, że płyn ten nie mógł być obojętnym dla błony śluzowej jelita; nie przytacza jednak na to żadnego dowodu. W końcu oświadcza Dr. Klecki, że komórki kielichowate zachowują się w wykluczonych pętlach pod względem liczebnym (w porównaniu z odpowiedniem jelitem prawidłowem) bardzo rozmaicie; nie można więc z ilości ich wyprowadzać żadnych pozytywnych wniosków. W uzupełnieniu przemówienia Dra Sawickiego dodaje Dr. Klecki, że odczyn kwaśny w świetle jelita cienkiego stwierdzono i podano w pracy Macfadyena, Nenckiego i Sieberowej oraz, że odczyn ten polega nie na obecności kwasu solnego, lecz na obecności kwasów organicznych.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

— W sobotę, d. 7. b. m. nastąpi urzędowe oddanie nowego pawilonu chirurgicznego do użytku publicznego.

Dla nikogo w Krakowie nie jest tajemnicą, że potrzebę wystawienia tego pawilonu stworzyła energiczna, umiejętna i szczęśliwa działalność prymaryusza prof. Alfreda Obalińskiego: napływ chorych z całej Galicyi, niemniej naukowe wyniki, uzyskane w oddziale chirurgicznym Szpitala św. Łazarza, wytworzyły potrzebę społeczną wystawienia nowego, zasadom nowoczesnej umiejętności odpowiedniego przybytku miłosierdzia i nauki, czemu Wysokie Władze krajowe z gotowością i zrozumieniem zadość uczyniły.

Lekarze szpitala św. Łazarza postanowili skorzystać z tej uroczystości administracyjnej, ażeby wyrazić kol. prof. Obalińskiemu tę cześć i uznanie, jakie mu się tak słusznie należą za wieloletnie i poważne zasługi, położone na polu umiejętnej i praktycznej chirurgii; z kolegami szpitalnymi złączył się ogół lekarzy krakowskich a wreszcie Towarzystwo lekarskie krakowskie wyróżniło kol. prof. Obalińskiego najwyższym zaszczytem, jakim rozporządza, dyplomem członka honorowego. Tylko człowiek posiadający rzeczywiste i poważne zasługi, tylko kolega, którego imię otacza miłość i cześć towarzyszy zawodu, mógł wywołać tę radość i jednomyślność, z jaką ogół lekarski przyjął wiadomość o uroczystem wyrażeniu uznania dla kol. prof. Obalińskiemu.

Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* pozostaje przeszło 20 lat w najściślejszym stósunku z kol. prof. Obalińskim, który, bądź to jako wieloletni członek komisyi redakcyjnej, bądź jako autor 41 rozpraw oryginalnych, radą i piórem długie lata wspiera nasze czasopismo. Prócz więc pobudek przyrody ogólnej, przepełnia nam serce uczucie osobistej wdzięczności dla kol. prof. Obalińskiego za tak poważne, powszechnie cenione, a tak ochocze jego współpracownictwo.

Szczegółów zawodowej i naukowej działalności kol. prof. Obalińskiego dziś nie przytaczamy, gdyż uroczystość sobotnia nie zamyka żadnego okresu pracy jego. Patrząc na ten nowy przybytek przyszłej czynności tego niezmordowanego męża, utrwalamy się w przekonaniu, że światły jego umysł i artystycznie biegła ręka teraz dosięgną kulminacyjnego punktu energii, pomysłowości i zręczności. Nie czas więc jeszcze na jubileusz człowieka pełnego żywotnej siły, niespożytej żądzy czynu i nieocenionej pogody ducha, na którego płodnej pracy tyle jeszcze pokładamy nadziei. Na widnokręgu użyźnionej jego znojem niwy nigdy nie dojrzeć tych granicznych linij, któremi zaznacza się, chociażby oddalony kres ludzkiego działania; przeciwnie: w piersiach kol. prof. Obalińskiego nie tli, lecz płonie ta iskra zapału co to „gdy się rozżarza... stwarza.“ Daleko jeszcze od Niego ten dzień, w którym pełen zasług będzie mógł zaśpiewać dożynkową pieśń żniwiarzy „plon niesiem, plon.“ Dziś pochwyciliśmy pióro do ręki jedynie dlatego tylko, ażeby swój głos osobistej wdzięczności zharmonizować z ogólnym chórem uwielbienia kolegów dla męża, który łącząc powagę nauki, surowość obowiązku z prostotą, znamionującą wszelką wyższość, jest wcieleniem ideału dobrego kolegi, poważnego orędownika nauki, wzorem sumienności lekarskiej.

Żyj czcigodny Kolego w najdłuższe lata dla postępu naszej nauki, rozwoju lekarskiego piśmiennictwa, dla dobra cierpiących i na chwalę naszego społeczeństwa!

— Najnowszy numer *Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych* dla Galicyi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem zawiera rozporządzenie c. k. Namiestnictwa galicyjskiego wydające w porozumieniu się z Wydziałem krajowym a po wysłuchaniu wniosków Prezydenta miasta Krakowa i Rady miejskiej krakowskiej tudzież opinii krajowej Rady zdrowia, instrukcyę służbową dla fizyka miejskiego i lekarzy miejskich oraz statut dla stałej komisyi zdrowotnej w Krakowie.

— Dr. Michał Misiewicz, dyrektor zakładu hidropatycznego w Niekłaniu, współpracownik naszego pisma, zamieszkał przez zimowe miesiące w Warszawie.

— W Berlinie panuje epidemia tyfusu brzusznego — 21. z. m. było w szpitalach tamecznych 125 chorych — przeważnie w tych dzielnicach miastach wschodnich, w których panowała także i ostatnim razem. Dotychczas nie wykryto źródła tej epidemii; że niem nie są pola zraszane wodą kanałową, wypada z zakresu epidemii i poszukiwań bakteryologicznych. Domniemają się tylko, że źródło epidemii pochodzi z wodociągów czerpiących wodę w Stralau, której badanie jednak nie wykazało żadnych zarodków chorobotwórczych; epidemia nie zajmuje zresztą całego obszaru zaopatrywanego w wodę ze Stralau.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych wydało pod dniem 3. września r. b. w porozumieniu się z ministerstwem wyznań i oświaty a po wysłuchaniu zdania najwyższej rady zdrowia rozporządzenie w przedmiocie dowozu zwłok do zakładów anatomicznych z poza miast uniwersyteckich.

— Na posiedzeniu sekcyi lekarskiej *Association française pour l'avancement des sciences* odbytem w dniu 9. sierpnia b. r. zdawał sprawę Dr. Tonbin z przypadku, w którym więzień połknąwszy przed 10 dniami żelazną łyżkę, połknął następnie termometr maksymalny służący do mierzenia gorączki. Termometr był cały ze szkła, miał 113 mm. długości a 6 mm. grubości. W 9 dni później wyszły odbytnicą łyżka i termometr, który wskazywał temperaturę 38·7° C. Przez cały czas, przez który przebywał termometr we wnętrzu owego więźnia, mierzono regularnie temperaturę jego ciała, która wynosiła pod pachą najwięcej 37·2° C.

— Dawniej jeszcze zwrócił Verneuil na to uwagę, iż rak w ustroju może mieć związek z żywieniem się przeważnie mięsnem a idąc dalej za tą myślą, wykrył, iż mianowicie wieprzowina stwarza okoliczności przyjazne powstawaniu raku, z czemby zostawało w połączeniu rzadsze o wiele pojawianie się raka u izraelitów, niż u chrześcian. Do podobnych spostrzeżeń doszedł także i Roux. Jakkolwiek to wszystko może jest tylko przypuszczeniem, sądzi Verneuil, iż rzecz ta zasługuje na dalsze badanie.

— **Cholera.** Piszą z Hamburga pod dniem 21. z. m.: Mimo wszelkich ostrożności nauką i doświadczeniem wskazanych, mimo oddania przed kilkoma miesiącami do użytku publicznego nowych zupełnie filtrów wodociągowych, zbudowanych według wszelkich teraźniejszych wymagań, cholera pokazała się znowu

temi czasy w Hamburgu a jakkolwiek liczba jej przypadków jest dotychczas bardzo nieznaczna i prawdopodobnie taką zostanie, łączy się tegoroczne pojawienie się cholery z okolicznościami uwagi bardzo godnemi.

Jeszcze przed kilkoma tygodniami wykrył Dr. Dunbar, dyrektor nowo utworzonego hamburskiego miejskiego laboratoryum higienicznego, w wodzie Elby, podobnie jak Rubner w wodzie Szprei, laseczniki pod względem kształtu i działania swego chorobotwórczego lasecznikom przecinkowym Kocha zupełnie równe a tylko pod względem biologicznym od nich nieco odmienne. Badano codziennie filtrowaną wodę z wodociągów miejskich, czerpiących swój materyał z Elby, i przekonano się aż do 11. z. m., że woda ta jest zupełnie dobra. Dopiero po 11. t. m. wykryto niespodziewanie, że woda pogorszyła się (czy zawierała laseczniki przecinkowe, niestety nie donoszą) a szukając przyczyny, przekonano się w dniu 15. z. m., że filtry funkcyonują wprawdzie i nadal zupełnie dobrze, ale że skutkiem zepsucia się w pewnem miejscu urządzenia mechanicznego (szczegóły są dla rzeczy pod względem lekarskim obojętne) *woda z Elby dostaje się do wody już przefiltrowanej.* Natychmiast naprawiono, co było zepsute. W dniu, 16. z. m. zachorowały dwie osoby i umarły 17., obydwie w dzielnicach miasta od siebie odległych. Toż samo stało się z dwoma innemi osobami, mieszkającemi również w odległych częściach miasta, które 17. zachorowały a 18. zmarły. Odtąd trafiało się codziennie po kilka przypadków tak, iż do 22. z. m. było wogóle chorych 50, z których zmarło tylko 15, t. j. 30%, bo były i przypadki z prostą biegunką, jednakowoż z lasecznikami przecinkowemi. Pod względem etyologicznym zasługuje na uwagę pojawienie się pierwszych przypadków równocześnie z zanieczyszczeniem się wody filtrowanej wodą niefiltrowaną z Elby i rozrzucenie ich po odległych od siebie częściach miasta, co wszystko wskazuje na wodę jako przyczynę. W ostatniej swej pracy: O cholerze w Niemczech w zimie z r. 1892 na 1893 rozróżnia Koch dwa typy epidemij cholery: wybuchowy, w którym naraz w rozmaitych punktach danego miejsca pojawia się wiele przypadków i łańcuchowy, w którym przypadki następują po sobie powoli, jak ogniwa w łańcuchu. Tylko pierwszy typ zawdzięcza swe powstanie wodzie używanej do picia przez całe masy ludzi, jak to było w roku zeszłym w Hamburgu, gdzie już 3. dnia epidemii było 200 przypadków zachorowania a 70 śmierci a 4. dnia 1102 i 455.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **S. L. w M.** Odpowiadając na zapytanie, donosimy, iż płynu do wstrzyknień Brown-Séquardowskich dostanie w *Laboratoire spécial 19., rue des Fossés St. Jacques* w Paryżu pod tytułem *extrait organique préparé par MM. Egasse et Bonyé d'après les procédés de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. Envoi franco au médecin dans les 24 heures.* Flaszka obejmująca 30 cm. sz. kosztuje 8 franków, obejmująca 15 cm. sz 5 franków. Prócz dawniejszej rozprawy Dr. d'Arsonvala, wyszły świeżo w tym przedmiocie *Ch. Eloy. La méthode de Brown Séquard. Physiologie, indications cliniques et thérapeutiques. Paris. Baillière.* Cena 3.50 franki i *H. Melville. Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques. (Méthode Brown Séquard. Paris. Société d'editions scientifiques. 5 fr.).* W końcu nadmieniamy, że w miejsce proponowanego przez Brown-Séquarda wyciągu jądrowego zalecają przeciw neurastenii Croq, Luys i Lutand wstrzykiwania podskórne (po zwykłej strzykawce Pravazowskiej na dzień) płynu:

Rp. *Natrii phosphorici* 2·00
Aquae destil. 10·00

Już po jednej strzykawce następuje zazwyczaj znaczne polepszenie; gdy minie po kilku dniach, powtarza się wstrzykiwanie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.